

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 2

LA
PESÉE JOURNALIÈRE

DANS
LA PLEURÉSIE DE L'ENFANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS-VICTOR SIMON

Externe des Hôpitaux de Lyon

NÉ A SAINT-CHAMOND (LOIRE), LE 22 SEPTEMBRE 1886



LYON

P. GRANGE & C^{ie}, IMPRIMEURS

2, Rue Jean-Carriès

1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 2

LA
PESÉE JOURNALIÈRE

DANS
LA PLEURÉSIE DE L'ENFANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS-VICTOR SIMON

Externe des Hôpitaux de Lyon

NÉ A SAINT-CHAMOND (LOIRE), LE 22 SEPTEMBRE 1886



LYON

P. GRANGE & C^{ie}, IMPRIMEURS

2, Rue Jean-Carriès

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE
LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales	{ PONCET
	JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	X.
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales	COURMONT (P.)
Anatomie pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	X.
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agréé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LÉPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET,	CADE
COMMANDEUR	ETIENNE MARTIN	BRETIN,	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON	THÉVENOT,	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, Président ; ROQUE, Assesseur,
MM. MOURIQUAND et F. ARLOING, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES INFANTILES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Pendant un semestre passé dans le service de ce maître, nous avons pu apprécier toute sa bienveillance et l'excellence de ses enseignements.

Nous le remercions aujourd'hui de l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR NOVÉ-JOSSERAND

Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR NICOLAS

Professeur de clinique de Dermatologie et Syphiligraphie,
Médecin des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER

Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL

Professeur de clinique des maladies infantiles, Médecin des
hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUISSET

Médecin des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR GAYET

Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

INTRODUCTION

L'idée de peser les pleurétiques pour suivre l'évolution d'un épanchement séro-fibrineux, ne date certes pas d'aujourd'hui. Dès 1901, M. Chauffard avait étudié la méthode de la pesée quotidienne pour l'évaluation quantitative des épanchements du Péritoine et de la Plèvre. Quelques années plus tard, MM. Chauffard, Widal, Courmont et Genet insistaient de nouveau sur l'importance de la pesée journalière chez les malades en puissance d'Anasarque.

Il semble donc à première vue, qu'il ne puisse pas y avoir grand chose à ajouter après les études qui ont déjà été faites sur un sujet aussi simple.

Cependant, à la suite des récents travaux de MM. Weill et Mouriquand à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, de M. Mouriquand à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, la question reprend un intérêt, à notre avis, assez considérable.

Et en effet, au seul point de vue pratique cette méthode si simple mérite d'être vulgarisée, notamment en ce qui concerne la Pleurésie et plus particulièrement encore la Pleurésie de l'Enfance ; quoi de plus facile en effet que de peser chaque jour un enfant ? La méthode nous apparaît ici dans toute sa simplicité, l'enfant n'est-

il pas le sujet de choix pour une étude de ce genre ! N'est-ce pas dans le jeune âge que la surveillance est le plus facile à exercer ? Il n'est donc pas douteux que les résultats seront d'autant plus purs que la méthode sera appliquée à des malades plus jeunes.

D'autre part, il manquait aux études antérieures le contrôle de la Radioscopie, procédé qui a été mis en usage dans les trois observations qu'ont bien voulu nous communiquer MM. Weill et Mouriquand.

M. le Docteur Mouriquand, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, a bien voulu s'intéresser à notre travail et nous prodiguer bien souvent ses conseils. Qu'il nous soit permis de lui adresser ici l'assurance de notre entière gratitude pour la bienveillance avec laquelle il s'est mis à notre disposition.

LA PESÉE, SA TECHNIQUE

LA PESÉE JOURNALIÈRE

DANS

LA PLEURÉSIE DE L'ENFANCE

§ I

Pour que le procédé de la pesée journalière fournisse les résultats que l'on est en droit d'en attendre, il est indispensable d'observer un certain nombre de précautions que nous devons indiquer sommairement.

Il va de soi que le malade devra être pesé chaque matin, à la même heure, et alors qu'il n'a encore ingéré aucun aliment. Il devra, au préalable, avoir uriné. Ses vêtements, enfin, seront toujours les mêmes et pesés une fois pour toutes.

Telle a été la façon dont on a procédé dans les trois observations que nous reproduirons plus loin.

Quant à la bascule, on emploiera de préférence une bascule à fauteuil, d'une sensibilité suffisante, mais une bascule ordinaire suffira si l'on a pas cet appareil à sa disposition.

Les résultats de la pesée seront portés chaque jour sur une feuille de poids, et la courbe ainsi construite

permettra d'apprécier d'un seul coup d'œil la marche de la maladie et de la suivre à ses différentes phases.

Nous n'insisterons pas davantage sur des détails aussi simples et nous aborderons immédiatement le second chapitre de notre étude.

IMPORTANCE
DE LA
PESÉE DES PLEURÉTIQUES

§ II

De tous temps on s'est efforcé de trouver un procédé qui permit d'apprécier avec précision les variations des épanchements liquides de la plèvre, mais ainsi que le constatait déjà en 1901, M. Chauffard, tous les procédés cliniques habituellement en usage se montrent ici parfaitement insuffisants.

On a parlé des points de repères, mais aucun thorax ne se ressemble, leur morphologie, leur capacité, leur dilatabilité varient à l'infini et le jaugeage d'une plèvre par la percussion ne donne que des résultats imparfaits.

D'autres auteurs (F. Ramond en particulier), ont pensé pouvoir trouver la solution dans l'étude de la perméabilité pleurale ; le même principe a inspiré à M. Castaigne ses recherches sur les points cryoscopiques du sérum et de l'épanchement, et dans deux articles parus dans les *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux* du 6 juillet 1900 et dans la *Semaine Médicale* de 1900 (page 233), ces auteurs arrivaient aux conclusions suivantes.

« La période d'augment de la pleurésie est caractérisée par l'existence de la perméabilité pleurale de dehors en dedans et par une différence entre le point de congélation du sérum et du liquide pleural. »

On aurait pu attendre, de procédés aussi délicats, des résultats parfaits, et cependant leur valeur a été bien

vite contestée. C'est ainsi que Lesné et Ravaut : « Renseignements fournis par le dosage des chlorures sur l'évolution des pleurésies séro-fibrineuses (*Presse Médicale*, 20 février 1901) », d'une part, Achard et Lœper : « Variations comparatives de la composition du sang et des sérosités (*Comptes Rendus et Mémoires de la Société de Biologie* des 8 et 15 juin 1901) », de l'autre, signalent des faits contradictoires.

A leur tour, Lesné et Ravaut, énoncent les propositions suivantes :

La période d'augment de l'épanchement est caractérisée par la diminution du chlorure de sodium dans les urines et l'augmentation du rapport $\frac{\Delta}{N_{acc}}$

Pendant toute la phase stationnaire, la formule ne varie pas.

Enfin à la phase de régression, on voit N_{acc} augmenter et corrélativement le rapport $\frac{\Delta}{N_{acc}}$ diminuer.

Outre qu'il s'agit là de recherches minutieuses, qui, par là même ne sont guère à la portée de la plupart, on peut encore reprocher à ces procédés d'être insuffisants, car s'il n'est pas contestable qu'ils montrent dans quel sens évolue la maladie, et permettent d'apprécier grossièrement si elle est à sa phase d'augment, stationnaire ou en voie de régression, ils ne peuvent en aucune façon permettre une évaluation quantitative directe de l'épanchement. Ils font en outre intervenir un facteur d'erreur des plus importants, nous voulons parler de la perméabilité rénale au chlorure de sodium dont les variabilités avec chaque individu viennent encore compliquer la question.

La Radioscopie permet certes d'atteindre un plus haut degré de précision et, de tous les procédés étudiés, elle nous apparaît comme de beaucoup le meilleur. Cependant son emploi n'est guère à la portée du médecin isolé ; de plus, l'interprétation d'une image radioscopique n'est pas toujours chose facile, notamment lorsqu'il s'agit d'apprécier la quantité de liquide contenue dans une plèvre. Ici, en effet, interviennent de nombreuses causes d'erreur : outre les différences de forme et de volume de chaque thorax, nous nous heurtons à de grosses difficultés d'interprétation tenant, les unes à l'état des feuillets pleuraux eux-mêmes, les autres à l'état du poumon sous-jacent. Et en effet, il est de règle qu'une plèvre enflammée soit épaissie, ou tout au moins plus vascularisée que normalement, et dès lors au-dessus de la nappe liquide on aura sur l'écran une obscurité plus ou moins prononcée, en tout cas souvent difficile à différencier de celle que donne l'épanchement lui-même ; ou bien ce seront les adhérences qui, fixant le poumon dans sa situation et s'opposant à son refoulement, ne permettront que la formation d'une mince lame liquide entre les deux feuillets pleuraux, épanchement de faible volume qui n'en apparaîtra pas moins comme une grosse pleurésie.

Le poumon peut encore présenter au cours d'une pleurésie des différences de densité qui feront que tantôt il surnagera et tantôt au contraire il plongera dans le liquide, ce qui vient encore compliquer la question.

Nous ne nous attarderons pas davantage sur ces considérations.

Il nous a paru intéressant de mettre en parallèle l'insuffisance des précédentes méthodes, en dépit des difficultés de leur mise en œuvre, et inversement, la simplicité de la pesée journalière et la précision des résultats qu'elle donne.

A l'appui de nos assertions, nous donnons dans les pages suivantes trois observations de pleurésies de l'enfance dans lesquelles, comme on pourra s'en rendre compte, la pesée a pu donner des renseignements très précis et qui mieux est très précoces.

OBSERVATIONS

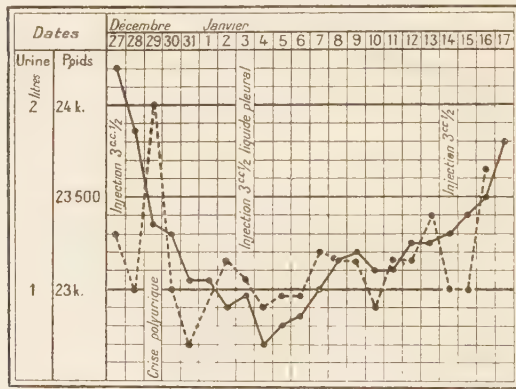
OBSERVATION I (très résumée)

Clinique infantile de M. le professeur Weill

Il s'agit d'une enfant de 7 ans, atteinte d'un épanchement séro-fibrineux gauche considérable (refoulement du cœur jusqu'à la ligne mamelonnaire droite, refoulement du médiastin, disparition de l'espace de traube, etc.) A son entrée dans le service, la pleurésie ne présentait aucun signe de résorption à ce point que l'abondance du liquide imposait une ponction évacuatrice. Avant d'y recourir, nous eûmes, avec M. Weill, l'idée d'injecter le liquide retiré par ponction exploratrice dans le tissu cellulaire péricostal, suivant la méthode préconisée par Gilbert (de Genève); nous le fîmes, il est vrai, avec un certain scepticisme, sachant le peu d'entente qui règne actuellement encore au sujet de son efficacité. Nous avons pris la précaution, afin de suivre le résultat de cette nouvelle thérapeutique, de peser, suivant la méthode employée pour les œdèmes, notre malade avant l'injection, et de faire faire par M. Aubert, que nous tenons à remercier ici pour son obligeance, l'analyse des urines au point de vue spécial de leur teneur en chlorure. Les signes stéthoscopiques ont été minutieusement notés presque au jour le jour et appuyés sur des schémas radioscopiques.

Nous retirâmes 3 centimètres cubes $1/2$ de liquide citrin, retirant doucement l'aiguille de la plèvre, nous la fîmes pénétrer obliquement dans le tissu cellulaire du thorax. L'injection n'amena aucune douleur immédiate ni aucune réaction consécutive.

Le lendemain, la malade, pesée à la même heure et, comme la veille, avant son déjeuner, était descendue de 24 kil. 200 à 23 kil. 850. L'auscultation révélait à l'extrême sommet, absolument obscur jusque-là, l'apparition d'une légère respiration, Le lendemain, la balance marquait 23 kil. 350. L'auscultation révélait l'apparition d'un murmure vésiculaire encore atténué mais net ; la radioscopie montrait au sommet gauche la diminution de l'intensité de l'ombre et, à l'extrême sommet, l'apparition d'une bande claire.



Les jours suivants s'accusèrent la même diminution du poids, des signes stéthoscopiques et radioscopiques. L'ombre cardiaque projetée sur l'écran, largement refoulée à droite, regagnait peu à peu sa position première.

En trois jours, l'enfant avait perdu 1 kilogramme de poids, perte provenant évidemment de la résorption du liquide pleural et non d'un amaigrissement général. Au bout de six jours, la diminution du poids s'arrêta, une nouvelle injection ramena une nouvelle évacuation marquée par une nouvelle perte de poids de 150 grammes et par l'extension progressive

de la respiration normale et de la translucidité thoracique aux rayons X. Au huitième jour, il ne restait plus que des signes stéthoscopiques insignifiants à la base gauche, la respiration s'entendant jusqu'en bas. La radioscopie marquait la clarté relative (épaississement pleural), des deux tiers supérieurs du poumon et une obscurité peu intense de la base.

Depuis ce moment, les signes de l'épanchement n'ont fait que régresser, mais très lentement.

Il s'agissait en effet, comme une nouvelle ponction explorative nous l'a montré, d'un liquide pleural résiduel, gélatineux, sans tendance à la résorption, même après nouvelle injection autosérothérapique.

Le 4 janvier, la malade est tombée à son poids minimum. Depuis ce moment, la courbe des poids subit une ascension rapide. Elle monte de 1.100 grammes en douze jours. Cet accroissement du poids ne saurait être mis sur le compte d'une récédive de l'épanchement. La radioscopie montre une plèvre indemne. Elle doit être attribuée à l'assimilation rapide de la période de convalescence.

Par rapport à la courbe des poids, la courbe des urines a subi des modifications intéressantes. Le début de la chute pondérale du corps a coïncidé avec une augmentation brusque des urines, passant en 24 heures de 1 à 2 litres (polyurie critique).

A la période de convalescence, les urines ont suivi une marche approximativement parallèle à celle des poids.

OBSERVATION II, (*très résumée*)

Chez une enfant de dix ans et demi, atteinte de pleuro-tuberculose à évolution aiguë, nous avons observé les phénomènes suivants :

La malade est entrée à l'hôpital avec un gros épanchement remontant presque jusqu'au sommet, qui seul, à la radioscopie, gardait un peu de clarté. Tous les signes classiques de la pleurésie étaient présents.

Chez cette enfant, des pesées quotidiennes ont été faites systématiquement, tous les matins, à la même heure, avant toute alimentation. La courbe des pesées a été comparée à la courbe des urines et à l'image radioscopique. Du 1^{er} Septembre au 3, le poids a augmenté tous les jours de 50 grammes (la malade s'alimentait très peu, étant anorexique); cette augmentation du poids a correspondu nettement à l'augmentation de l'épanchement (auscultation, radioscopie) et à une oligurie.

Le 3, on pratique une simple ponction exploratrice de 6 centimètres cubes de liquide. Le jour même, les urines montent de 500 grammes en même temps que le poids diminue de 150 grammes. L'auscultation et la percussion montrent une diminution légère de l'épanchement. Mais cette tendance à la régression ne s'accroît pas. Le lendemain, le poids de la malade monte brusquement de 28 kil. 850 à 30 kil. 300. La radioscopie montre une montée très nette du niveau du liquide. Le sommet est à peine clair maintenant.

Le 4, le 5, le 6, le 7 septembre le poids se maintient à peu près au même niveau. L'épanchement varie peu. Les urines ont une tendance à augmenter de volume. Le 8, on fait une friction avec cinq gouttes de Corps immunisants de Spengler (solution à 1/30.000). Dès le lendemain, la diurèse s'accroît. L'urine monte à 2000 et s'y maintient 3 jours. Correspondant exactement à cette polyurie, le poids commence une descente rapide, tombe de 200 grammes du 8 au 9, de 200 grammes encore du 9 au 10, de 100 grammes du 10 au 11, de 300 grammes du 11 au 12, de 200 grammes du 12 au 13, puis en cinq jours tombe à son taux le plus bas, 28 kil. 250. Après la diurèse forte à 2.000, les urines ont subi un léger fléchissement, mais ne sont pas descendues au-dessous de 1.150 centimètres cubes. Le 13, en pleine descente pondérale, la radioscopie montre une diminution considérable de l'épanchement. Celui-ci a diminué au moins des deux tiers. Les deux tiers supérieurs du côté droit du thorax sont clairs; dans le tiers inféro externe existe une courbe de Damoiseau des plus typiques.

Le 17 septembre, jour de l'abaissement maximum du poids, la radioscopie montre à l'extrême base gauche, une légère obscurité.

Il est à noter que cet abaissement progressif et rapide a correspondu à un retour manifeste de l'appétit, la malade avait presque doublé l'alimentation des premiers jours. Cet abaissement pondéral correspondait exactement à l'abaissement du niveau de l'épanchement et à la polyurie.

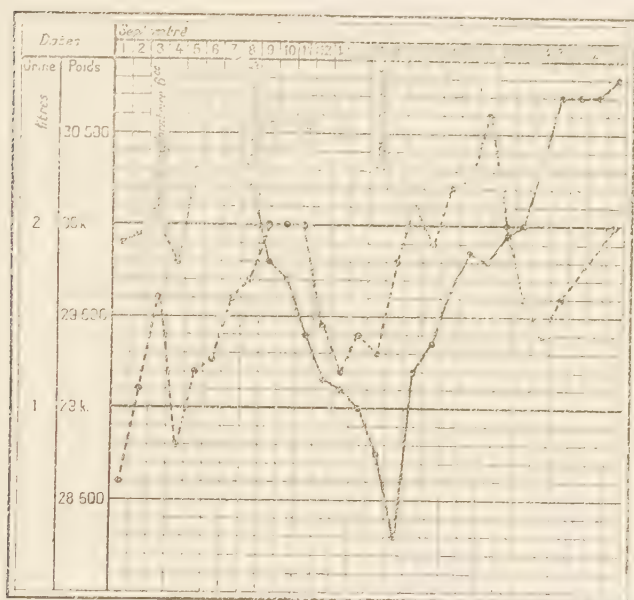
Dans ce cas, la méthode des pesées quotidiennes nous a donc permis de suivre avec une très grande précision la marche de l'épanchement pendant sa période d'augmentation et de décroissance.

Elle nous a permis de noter aussi les phénomènes suivants: dès que le poids minimum a été atteint, la courbe des poids

est brusquement remontée passant du jour au lendemain (pesée vérifiée) de 28 kil. 250 à 29 kil. 200.

Nous avons craint à ce moment un retour offensif de l'épanchement.

L'auscultation, la radioscopie nous ont permis d'éliminer immédiatement cette hypothèse. Il s'est agi en réalité d'une



réhydratation et d'une renutrition rapide de l'organisme. Depuis lors, le poids n'a fait que croître très rapidement, atteignant au bout de huit jours environ le poids primitif, puis le dépassant bien au-delà.

Pendant toute la première partie de la période ascensionnelle du poids, les urines ont subi un mouvement d'ascen-

sion parallèle ; mais comme celui-ci ne pouvait pas conserver toujours un tel parallélisme la courbe des urines a été coupée au septième jour environ par la courbe du poids qui a continué son ascension, les urines se rapprochant au contraire de leur taux normal entre 1500 et 2000.

Comme nous l'avons indiqué dans l'observation : si l'on compare la courbe des poids et des urines, on est frappé de ce fait qu'elles peuvent être divisées en trois stades absolument différents. Dans un premier stade, le poids monte, les urines baissent ; c'est la phase d'augmentation de l'épanchement.

Dans un deuxième stade, le poids diminue et les urines augmentent ; c'est le stade de débâcle pleurétique.

Puis survient un troisième stade, qui nous paraît correspondre à la convalescence pendant lequel la courbe d'urine monte parallèlement à la courbe des poids.

Dans un quatrième stade enfin (stade de guérison), le poids continue à monter et les urines reviennent à leur chiffre normal.

OBSERVATION III (très résumée)

Il s'agit d'une fillette de 4 ans $1/2$ qui, après quelques semaines de fièvre, fit une pleurésie droite avec épanchement constatée cliniquement, radioscopiquement et par la ponction.

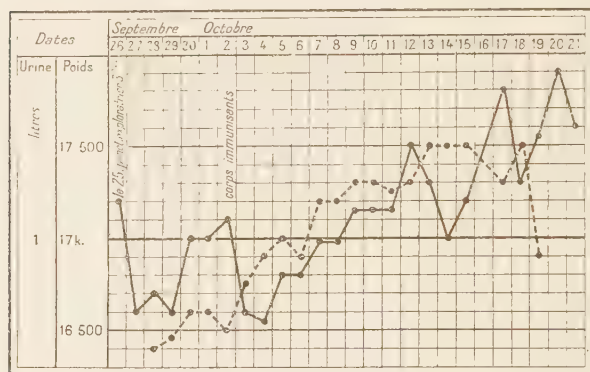
Dans l'espèce, il s'agissait d'une pleurésie à petit épanchement, c'est ce qui explique que dans ce cas les indications fournies par la courbe du poids furent moins frappantes; une analyse attentive montre pourtant qu'elles ne furent pas moins nettes que dans les deux cas antérieurement signalés.

Avant tout traitement, le poids de l'enfant était de 17 kil. 200. Une ponction exploratrice de 3 centimètres cubes seulement, amène une chute de poids brusque à 16 kil. 600. Cette chute se maintient deux jours. A ce moment, l'examen radioscopique montre un épanchement de volume moyen occupant le tiers inférieur de l'hémithorax gauche et dessinant une courbe de Damoiseau des plus nettes. Le 1^{er} octobre, le poids remonte, alors que l'enfant s'alimente à peine, il atteint 17 kilogrammes. La radioscopie pratiquée ce jour-là montre un accroissement très net de l'épanchement qui occupe maintenant les $2/3$ supérieurs de l'hémithorax droit à deux travers de doigt au-dessus de la matité antérieurement constatée.

Le 3 octobre, nous injectons $1/4$ de centimètre cube de la solution au $1/100.000$ de corps immunisants de Speugler. Le poids tombe de 17 kil. 100 à 16 kil. 600. Les urines augmentent de 200 grammes malgré la réduction considérable des aliments et des liquides ingérés. La matité a très nettement

baissé en arrière. Le niveau du liquide a baissé à la radioscopie. il n'occupe plus que la moitié inférieure de l'hémithorax droit. Le 6 octobre, il n'existe qu'un peu d'ombre à la base et la ponction exploratrice ne permet de retirer qu'une goutte de liquide gélatineux.

La chute de poids a correspondu à une augmentation des urines qui monte ensuite progressivement et parallèlement au poids pendant la période de convalescence, puis qui finit par couper la courbe des poids.



Sans vouloir donner à la méthode une valeur absolue, nous croyons que plus que toute autre, la pesée journalière, au moins dans l'enfance et dans l'adolescence, permet de se rendre un compte absolument exact de la marche d'un épanchement pleural. C'est du moins ce qui nous a paru découler de l'analyse de nos trois observations et des courbes adjointes. Ces résultats ont été soumis à un contrôle stéthoscopique et radioscopique journalier et toutes les causes d'erreur ayant été soigneusement éliminées, nous ne croyons pas que l'on puisse leur présenter grande objection. En effet,

à toute augmentation du liquide à correspondu une augmentation de poids du sujet ; inversement, à toute phase de résorption, une diminution de celui-ci.

D'ailleurs, il serait difficile d'expliquer autrement les variations de poids des malades ; ni la dénutrition du sujet ni sa renutrition ne sauraient être invoquées ; ainsi que le dit M. Chauffard, sur l'autorité de qui nous sommes heureux de nous appuyer ici : « On peut poser en principe qu'une pleurésie en activité dont le poids est ascendant augmente son épanchement ». Et en effet, pendant la période d'augment, l'état fébrile, l'anorexie avaient diminué considérablement l'alimentation de nos petits malades et pourtant le poids montait en même temps que la radioscopie permettait de constater qu'à chaque élévation pondérale correspondait une ascension du niveau de l'épanchement.

L'interprétation des courbes ascendantes est donc on ne peut plus simple. Pour les courbes descendantes, il faut évidemment être un peu plus circonspect, et c'est ici que nous rendons aux procédés couramment usités toute leur valeur puisque nous avons constamment dû y avoir recours pour contrôler les renseignements qui nous avaient parfois paru exagérés. C'est en procédant de la sorte que la méthode nous a fourni sur la période de convalescence des résultats, eux aussi, absolument concordants.

Dans nos trois cas, dès que la courbe des poids est parvenue à son point minimum, elle s'est immédiatement relevée ; parfois (comme dans l'observation II), avec une brusquerie telle qu'ayant cru à une erreur de pesée, nous avons refait une pesée de contrôle. Dans ces cas, nous avons pu craindre une première fois une récurrence de l'épanchement, mais la radioscopie nous a permis d'éliminer de suite cette hypothèse. En réalité, la reprise rapide du poids coïncidait dans nos trois cas avec une nutrition plus parfaite (sans

doute une hydratation brusque des tissus dans le cas n° II) marquée par une amélioration nette de l'état général.

Dans l'observation n° I, la reprise du poids a duré un peu plus que son abaissement.

Dans l'observation III, elle se fit également d'une façon plus progressive.

Il nous semble que nous avons là un élément pronostique de premier ordre, et de fait, dans l'observation II qui correspond au cas où la guérison complète fut le plus rapidement obtenue, les deux kilos perdus en onze jours par la résorption spontanée de l'épanchement furent récupérés en neuf jours et rapidement dépassés.

Telles sont les réflexions que nous a suggéré l'analyse de nos trois observations, mais nous croyons que la méthode de la pesée journalière peut nous permettre encore d'exercer un contrôle incessant sur les médicaments que nous administrons à nos malades, et c'est par ce chapitre que nous terminerons notre étude.

SON IMPORTANCE
EN THÉRAPEUTIQUE

§ III

Ce côté de la question a déjà été étudié par MM. Jules Courmont et Genet pour les malades en puissance d'Anasarque.

Pour ce qui nous concerne, nous nous contenterons de donner les résultats des diverses médications à action très discutée que nous avons employées et dont nous avons pu apprécier l'effet avec une certaine rigueur.

C'est ainsi que l'Autosérothérapie de Gilbert pratiquée le 27 décembre dans l'observation n° I a amené une chute très rapide du poids correspondant à une baisse parallèle de l'épanchement, et l'efficacité de la thérapeutique nous a été démontrée par les faits suivants : le 3 Janvier on observait une légère reprise du poids et simultanément une légère augmentation du liquide, nous fîmes alors une nouvelle injection autosérothérapique et rapidement le poids s'abaissa de 250 grammes en même temps que l'on constatait la résorption définitive de l'épanchement. Un nouvel essai pratiqué le 14 Janvier dans des conditions semblables, mais en pleine convalescence, resta au contraire sans influence sur la courbe des poids.

Il est vrai que M. Levy-Valensi et Mlle Pouzin se demandent si, en réalité, dans la méthode antosérothérapique de Gilbert, la résorption du liquide n'est pas amorcée par l'évacuation des quelques centimètres

cubes de liquide nécessaire à l'injection. Nous avons étudié de près cette objection et nous avons en effet constaté que les ponctions exploratrices avec évacuation minime (6 centimètres cubes dans l'observation II, 3 centimètres cubes dans l'observation III) ont amené dans ces deux cas un fléchissement très net de la courbe pondérale, (200 gram. dans l'observation II, 600 gram. dans l'observation III).

Ces constatations confirment absolument l'opinion de M. le Professeur Roger, de M. Levy-Valensi et Mlle Pouzin et de MM. Pic, Mouriquand et Cremieu qui ont montré l'influence des évacuations minimales sur la résorption des épanchements pleuraux. Mais il nous faut ajouter, que dans nos cas, si la résorption fut nette elle fut aussi essentiellement passagère et une réascension de la courbe des poids et du niveau du liquide fut notée dès le lendemain dans l'observation II, le surlendemain dans l'observation III. Il est vrai qu'il y a à tenir compte de ce fait que la ponction fut pratiquée au cours de la période d'augmentation du liquide, alors que ces ponctions nous paraissent avoir toute leur action pendant la période d'état ou au début de la période de décroissance.

Mais en toute impartialité, nous devons déclarer que nous n'avons pour notre part jamais obtenu par la simple ponction exploratrice de résultats comparables en netteté à ceux fournis par l'autosérothérapie elle-même.

Nous nous demandons même, à titre purement hypothétique bien entendu, si de très minimes ponctions sont capables d'agir mécaniquement sur de grands épanchements pour hâter leur résorption et s'il ne s'agit

pas là encore d'un phénomène autosérothérapique. Ne se pourrait-il pas en effet que la piqûre pratiquée dans la plèvre amenât la filtration d'une certaine quantité de liquide pleural dans la paroi thoracique et permît en quelque sorte une autosérothérapie spontanée minime n'ayant entraîné dans nos cas que des résorptions très partielles et non définitives ?

Il nous a paru intéressant de dire deux mots avant de terminer notre étude d'une thérapeutique encore peu répandue, nous voulons parler des Corps Immunisants de Speugler qui ont été employés par nous dans les observations II et III. Nous nous bornerons à noter strictement ici les phénomènes notés après leur emploi, deux cas ne pouvant suffire pour établir avec certitude leur action dans la pleurésie aiguë séro-fibrineuse, d'origine tuberculeuse.

Dans l'observation II, c'est dès le lendemain d'une friction de cinq gouttes de la solution au 1/30.000 faite au pli du coude, que nous avons vu la courbe du poids baisser en même temps que le niveau du liquide pleural, et la courbe des urines se relever nettement.

Les 9, 10 et 11 septembre les frictions furent renouvelées et le taux de l'urine se maintient à 2000 grammes. Dès le lendemain de leur cessation, les urines tombent à 1200 grammes et se maintiennent à ce chiffre.

Le 15, reprise de la thérapeutique par une friction de cinq gouttes : les urines remontent brusquement le 16 à 1 litre 800, le 17 à 2 litres 100 et l'ascension continue jusqu'à 2.600, chiffre atteint le 21. Il est indiscutable que dans ce cas il y a un rapport net entre l'emploi des

corps immunisants et l'apparition de la polyurie. Mais, est-ce un rapport de cause à effet ?

Dans notre troisième observation, nous avons pu observer les mêmes phénomènes. Un abaissement pondéral correspondant à une baisse de l'épanchement a été observé le jour même et le lendemain de leur emploi, correspondant aussi très exactement avec une ascension de la courbe des urines.

Comme on le voit, nous avons pu par le procédé très simple de la pesée quotidienne systématique de nos pleurétiques suivre avec une très grande précision l'évolution de leur épanchement et apprécier l'effet de nos diverses thérapeutiques.

Il s'agissait, il est vrai dans le cas présent de malades jeunes et nous n'oserions pas affirmer que la méthode donne d'aussi beaux résultats chez l'adulte. Il serait intéressant de poursuivre cette étude d'une façon plus complète. Nous regrettons de ne pouvoir le faire nous-même, mais cela n'entrerait pas dans les limites que nous nous sommes tracées et la voie reste ouverte aux bonnes volontés.

CONCLUSIONS

I

La pesée journalière est un procédé simple et des plus utiles pour suivre l'évolution des épanchements séro-fibrineux de la plèvre.

II

C'est chez l'enfant qu'elle acquiert son plus haut degré de précision, car elle est d'une application particulièrement simple dans le jeune âge et ses résultats y sont d'autant plus rigoureux qu'il est facile d'éliminer par une surveillance un peu active toutes causes d'erreur.

III

De tous les procédés que nous avons expérimentés, la pesée nous a semblé un des meilleurs qui soient pour se rendre un compte exact des diverses périodes de la maladie : état d'augment, état stationnaire et notamment phase de régression.

IV

Elle fournit encore des renseignements des plus précis sur la convalescence des enfants pleurétiques,

et apparaît de ce fait comme un élément pronostique de tout premier ordre.

V

C'est enfin un excellent mode d'appréciation des résultats de la thérapeutique instituée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

WEILL.

LE DOYEN,

Pour le Doyen, l'Assesseur,

J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 18 Octobre 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

CHAUFFARD. — *De la méthode des pesées quotidiennes pour l'évaluation quantitative des épanchements du Péritoine et de la Plèvre*. Semaine Médicale 17 juillet 1901.

E. WEILL et G. MOURIQUAND. — *La pesée quotidienne dans les pleurésies infantiles*. Lyon Médical, 1911.

G. MOURIQUAND. — *La Pesée quotidienne des Pleurétiques ; sa valeur dans l'appréciation de la marche des épanchements pleuraux*. Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 25 novembre 1910.

J. COURMONT et GENET. — *Importance de la pesée journalière pour le traitement des malades en puissance d'Anasarque*. Lyon Médical, 31 juillet 1904.

PIC, MOURIQUAND et CREMIEU. — *Résorption des épanchements pleuraux après simple ponction exploratrice*. Lyon Médical, 1911.

CASTAIGNE. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 juillet 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, page 233.

LESNÉ et RAVAUT. — *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, 8 et 15 juin 1901 et *Semaine Médicale* 1901, page 204.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	9
LA PESÉE, SA TECHNIQUE.	13
IMPORTANCE DE LA PESÉE DES PLEURÉTIQUES	17
OBSERVATIONS	23
IMPORTANCE DE LA PESÉE DANS L'APPRÉCIATION DES	
RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES	37
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43

P. GRANGE & C^{ie}, IMPRIMEURS
2, RUE JEAN-CARRIÈS, LYON
